



Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. zur Durchführung und Weiterentwicklung von sog. Hilfeplankonferenzen

Erarbeitet im Rahmen einer Fachtagung am 02. und 03. März 2020 in Gelnhausen.

Bearbeitungsstand: 12.03.2020

Hilfeplankonferenzen haben sich seit vielen Jahren in nahezu allen Gemeindepsychiatrischen Verbänden bewährt. Sie dienen der Verknüpfung von individuellen Hilfeplanungen für einzelne Menschen mit der Steuerung der Angebote in einer Region. Ursprünglich sind die Vorläufer der Hilfeplankonferenz in den 1990 Jahren aus fachlichen Anliegen von Leistungserbringern entstanden, die sich eine freiwillige Selbstverpflichtung „auf die Fahne geschrieben hatten“. Die Hilfeplankonferenzen sollten der Qualifizierung von individueller Hilfeplanung durch Beratung sowie der Zusammenführung der individuellen Hilfeplanung mit der Belegungssteuerung von Einrichtungen im Sinne der Wahrnehmung von Versorgungsverpflichtung dienen. Auf Grund der guten Resultate haben sich in der Folge einige Träger der Eingliederungshilfe dieses Instrument zu Eigen gemacht und zu Konferenzen der Leistungsträger erklärt.

Nun wird seitens verschiedener Träger der Eingliederungshilfe die Neuregelung des SGB IX zum Anlass genommen, die Hilfeplankonferenzen, die sie durchgeführt haben, wieder abzuschaffen. Seither und in Zukunft werden an einigen Orten Hilfeplankonferenzen nicht mehr durchgeführt.

Der Kern der Begründungen zielt häufig darauf ab, dass der Gesetzgeber die Verantwortung der Teilhabe- und Gesamtplanung in die Hände der Leistungsträger gegeben und als Instrument ausschließlich die Teilhabeplankonferenz bzw. die Gesamtplankonferenz vorgesehen habe, die stets nur als Personenkonferenzen zu verstehen seien.

Das Gesamtplanverfahren der Eingliederungshilfe sieht vor, dass jeder anspruchsberechtigte Mensch nach erfolgter Teilhabe- oder Gesamtplanung sich selbst den passenden Leistungserbringer suchen muss, ggf. auch mit Unterstützung durch den Träger der Eingliederungshilfe. Aus Sicht der BAG GPV besteht jedoch das Risiko, dass bei einem derartigen Verfahren besonders Menschen mit eingeschränktem Hilfesuchverhalten ohne Leistung bleiben, bzw. nur mit hohem Aufwand und Unterstützung ein geeignetes Angebot finden werden.

Wenn fachliche Ressourcen (vorrangig sind das Mitarbeiterkapazitäten und Wohnräume, manchmal auch sog. „Plätze“) nur in begrenztem Umfang zur Verfügung stehen, oder wenn es sich um psychisch erkrankte Menschen mit einem das Hilfesystem herausfordernden Verhalten und / oder besonders

komplexen Hilfebedarf handelt, wird immer die Frage im Raum stehen, welcher Mensch kommt zu einer Leistung und welcher nicht?

Hilfeplankonferenzen waren geschaffen worden, um genau diesem Prozess entgegen zu wirken, und sie haben sich meist auch in diesem Sinne bewährt. Sie sind – gut durchgeführt – Garanten für Transparenz im Leistungsgeschehen und der Ort der Sicherstellung, dass kein anspruchsberechtigter Mensch ohne Hilfe bleibt.

Aber: Einiges ist in den bisherigen Hilfeplankonferenzen oft nicht oder nicht gut genug gelungen: Die Einbeziehung anderer Kostenträger über die Eingliederungshilfe hinaus gelang nur punktuell; statt einer qualifizierenden Beratung im Einzelfall wurden vorgestellte Hilfepläne auch nur „durchgewunken“; mancherorts wurde bei Kapazitätsengpässen nur Wartelisten angelegt, statt für alternative Hilfen zu sorgen. Konferenzen, die keinen wirklichen Beratungsgegenstand mehr haben, scheinen tatsächlich entbehrlich zu sein.

Wir schlagen daher eine Neubestimmung und -ausrichtung der Hilfeplankonferenzen vor, ggf. auch mit einer neuen Bezeichnung, um Missverständnissen vorzubeugen. Neue Bezeichnungen könnten z.B. sein: „Leistungskonferenz“, „Zugangskonferenz“, „Regionale Steuerungs- und Vermittlungskonferenz“. In Berlin sind diese Gremien im PsychKG verankert und werden dort als „Steuerungsgremien“ bezeichnet (§ 10 Abs. 4 PsychKG Berlin). Eine Rahmengesäftsordnung, die federführend von der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung erlassen wird, regelt das Nähere zu diesen „Steuerungsgremien Psychiatrie und Sucht“.

1. Individuelle Hilfeplanung

Ausgangspunkt für personenzentrierte Arbeit in der Psychiatrie ist stets eine individuelle Hilfeplanung, die als Basis das Vertrauen des betroffenen Menschen benötigt und manchmal in einem herausfordernden Prozess zu erarbeiten ist. Psychische Erkrankungen gehen oft mit Beeinträchtigungen in vielen Lebensbereichen einher und spiegeln sich dann in verschiedenen Leistungen wieder, die auch unterschiedlichen Rechtskreisen zuzuordnen sind. Eine Hilfeplanung muss daher von einer Person vorgenommen werden, die den Menschen und dessen Lebensumfeld kennt und über die dafür erforderlichen fachlichen Kompetenzen verfügt. Die Hilfeplanung muss grundsätzlich zunächst offen und unabhängig von der Zuordnung zu einem Leistungsträger stattfinden. Sie sollte alle Aspekte möglicher Leistungen in Betracht ziehen: Beratung, Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe, Zuverdienst, Pflege und Hilfen anderer Kostenträger wie die der JobCenter, der Schuldnerberatung, der Wohnungslosenhilfe etc. Erst nach einer umfassenden Hilfeplanung kann sich herauskristalisieren, ob eine Behandlungsplanung (z.B. ein soziotherapeutischer Betreuungsplan), eine Teilhabeplanung, eine Gesamtplanung, ein Versorgungsplan nach § 7a SGB XI oder eine andere Leistungsplanung erforderlich werden.

Die Unübersichtlichkeit von Leistungsansprüchen und vorhandenen Leistungen aus verschiedenen Rechtskreisen zieht oft nach sich, dass keine Einzelperson mehr in der Lage ist, bei komplexen Bedarfen alle Aspekte angemessen zu berücksichtigen. Hilfeplanung ist für diesen Personenkreis deshalb immer ein kooperatives Geschehen aus verschiedenen fachlichen Expertisen. Allerdings haben wir in der Vergangenheit allzu oft das hauptsächliche Augenmerk auf Leistungen zur Sozialen

Teilhabe gerichtet und zu wenig die Leistungsverpflichtungen anderer Rehabilitationsträger angesprochen.

Nun tritt durch das neue SGB IX das Element der Bedarfsermittlung durch den leistenden Rehabilitationsträger hinzu. Dieser Prozess ist grundsätzlich zu begrüßen, da nun damit geklärt ist, dass Menschen mit Behinderung einen Rechtsanspruch auf eine leistungsträgerübergreifende Teilhabeplanung haben.

Die Ermittlung des individuellen Bedarfs eines Menschen mit Behinderung ist eine Aufgabe in der Verantwortung des Leistungsträgers. Die Erfahrungen mit Menschen, die komplexe Beeinträchtigungen aufweisen, zeigen eindeutig, dass es sich bewährt hat, Hilfe- und Leistungsplanung kooperativ zu gestalten und dabei die Erfahrungen all der Personen und Institutionen einzubeziehen, welche die Person mit dem Hilfebedarf gut kennen und zur Beratung hilfreiche Aspekte beitragen können.

Wir empfehlen daher den verantwortlichen Leistungsträgern, die Kompetenz und den Kenntnisstand der Leistungserbringer im weiteren Sinne, also möglicher beteiligter Einrichtungen und Dienste, frühzeitig mit einzubeziehen. Der Begriff „Leistungserbringer“ darf nicht so verstanden werden, dass damit nur die Einrichtungen und Dienste gemeint sind, die Leistungen für den planenden Rehabilitationsträger erbringen. Der Leistungserbringer-Begriff, den das SGB IX im § 20 verwendet, ist bewusst weiter gefasst und meint auch andere Einrichtungen, die mit der Person befasst sind oder waren und aus dieser Perspektive auf Wunsch oder mit Zustimmung der leistungsberechtigten Person Erkenntnisse beisteuern können. Beispielhaft seien hier nur Krankenhäuser, Soziotherapeuten oder Sozialpsychiatrische Dienste genannt.

2. Von der Bedarfsermittlung zur Leistung

Um von der Bedarfsermittlung zur eigentlichen Leistung zu kommen, bedürfen viele Menschen der Unterstützung. Manche psychisch erkrankte Menschen finden den Zugang zu geeigneten Hilfen auch selbständig und bedürfen dabei keiner wesentlichen Unterstützung. Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen sollten grundsätzlich Wahlmöglichkeiten haben. Sie dürfen aber nicht gezwungen werden, sich bei Anbietern bewerben zu müssen, um in ein „Auswahlverfahren“ zu gelangen. Es muss vermieden werden, dass diejenigen Menschen bevorzugt die Hilfen bekommen, die sich am besten ausdrücken können, dafür aber die Menschen ohne Hilfe bleiben, die der Hilfe eher ablehnend und skeptisch gegenüberstehen, nicht ganz selten auch vor dem Hintergrund erlebter traumatisierender Situation in und mit dem psychiatrischen Hilfesystem.

Deshalb ist eine Zusammenführung von individueller fachlicher Bedarfsermittlung und Leistungsplanung mit der Steuerung der regionalen Ressourcen erforderlich, da andernfalls Menschen mit besonderen Bedarfen Gefahr laufen, gar keine, keine ausreichende oder keine passende Hilfe zu erhalten. Gerade dieser Umstand wird aktuell immer häufiger von Leiter*innen psychiatrischer Kliniken beschrieben.

Wie der Weg von einer Hilfeplanung zu einer Hilfeleistung konkret vonstattengeht, ist von Bundesland zu Bundesland und oft auch innerhalb von Bundesländern sehr verschieden. An welcher Stelle im Teilhabe- oder Gesamtplanprozess daher eine entsprechende Konferenz erforderlich oder sinnvoll ist, muss einer regionalen Betrachtung und Bewertung überlassen bleiben. Essentiell ist aber,

dass durch eine geeignete Struktur sichergestellt werden muss, dass die vorhandenen Ressourcen oder Kapazitäten von Leistungserbringern auch den Menschen zugutekommen, deren Fähigkeit zur Hilfesuche eingeschränkt ist.

Ein Prozess von Hilfeplanung, Bedarfsermittlung sowie Ziel- und Leistungsplanung bedarf der Zeit und benötigt Vertrauen und ist daher sehr oft als Verfahren in mehreren Schritten zu verstehen.

Für die Zukunft ist aus Sicht der BAG GPV eine gemeinsame Verantwortungsgemeinschaft für alle wesentlichen Leistungsanbieter des psychiatrischen Hilfesystems erforderlich, die möglichst auch rechtlich zu normieren und vertraglich zu vereinbaren sind. Versorgungsverpflichtung darf nicht auf psychiatrische Kliniken und Klinikabteilungen beschränkt bleiben. Die BAG GPV wird sich mit dieser Frage in Zukunft intensiver beschäftigen.

3. Zusammenführung individueller Planung mit Steuerung der regionalen Ressourcen

Um allen Menschen den Zugang zu den für sie passenden Leistungen zu ermöglichen, müssen Konferenzstrukturen etabliert werden, die folgende Aspekte berücksichtigen:

- Versorgungssicherheit herstellen: kein Mensch bleibt ohne ein konkretes Hilfeangebot (gemeinsame Versorgungsverpflichtung gewährleisten),
- vorgestellte Bedarfe beraten, um ergänzende Aspekte aus Sicht von Expert*innen beizutragen,
- Passgenauigkeit der Hilfeleistung ermöglichen,
- Transparenz über das Leistungsgeschehen herstellen, um den Überblick über die verfügbaren Ressourcen (Angebote und Leistungen) erhalten,
- damit auch einen Überblick für die Leistungsberechtigten ermöglichen,
- Lücken im Leistungsangebot identifizieren und Lösungsaufträge formulieren,
- die Anwendung von Zwangsmitteln, wie z.B. freiheitsentziehende Unterbringungen, vermeiden.

Ebenso muss sichergestellt sein, dass alle wesentlichen Leistungsbereiche und Leistungsträger angesprochen werden. Eine solche Konferenz geht damit ggf. über die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe hinaus und bezieht u. a. auch Leistungen der Behandlung (insbesondere rehabilitativ orientierte Behandlungsleistungen sowie z.B. Soziotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege), der Pflegeversicherung und der JobCenter beratend mit ein.

Es muss gewährleistet sein, dass Beratungen und Vermittlungen von Hilfen in diesem Sinne auf Wunsch oder mit Zustimmung der leistungsberechtigten Menschen stattfinden. Die Vorgaben von Datenschutz und Schweigepflicht müssen sorgfältig beachtet werden. Dafür gibt es schon vielfältige gelungene Beispiele.

4. Praktische Durchführung

Wir stellen uns unter einer solchen Konferenz ein kooperatives, auf vertrauensvolle Beratung angelegtes und zur Entscheidung fähiges gemeinsames Geschehen vor. Entscheidungen von

Leistungsträgern können hier vorbereitet werden, und die Leistungserbringer sollten Entscheidungen hinsichtlich einer Leistungszusage treffen können.

Die Konferenz darf nicht zu groß werden und sie muss den Bedürfnissen von beteiligten Menschen mit Behinderung gerecht werden. Zugleich muss sie aber alle Leistungsbereiche abdecken. Für diese schwierige Frage des Ausgleichs verschiedener Ansprüche müssen lokale Lösungen gefunden werden. Bewährt haben sich in Regionen der BAG GPV verschiedene Modelle. Es gibt in Regionen mit großer Zahl von Leistungserbringern Erfahrungen mit beauftragten Delegierten, die über spezifische Expertise verfügen, aber auch mit verabredeter abwechselnder Teilnahme. Auch die Verkleinerung der Konferenz durch lokale Bezüge („Sektorkonferenzen“ in größeren Landkreisen oder Städten) haben sich bewährt; andere Varianten sind vorstellbar.

Die Konferenz sollte zur Beratung vorbereiteter Hilfeplanungen bzw. Bedarfsermittlungen in der Lage sein. Sie sollte aber auch Raum dafür bieten, Personen mit besonderen Bedarfen, bei denen ein gewisses Maß an Ratlosigkeit hinsichtlich des möglichen Ziels der Leistungen oder des geeigneten Vorgehens besteht, beraten zu können. Ggf. müssen von der Konferenz ausgehend weitere intensivere Personenkonferenzen in die Wege geleitet werden.

Die Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen ist zu ermöglichen, die Betroffenen und ihre Vertrauensperson müssen grundsätzlich teilnahmeberechtigt sein. Ihre Teilnahme ist durch die Gestaltung der Konferenz zu fördern.

Die Erfahrungen aus den Verbänden der BAG GPV, gerade auch aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem“ zeigen deutlich, dass eine koordinierte Hilfeplanung und Leistungserbringung ein Vertrauen forderndes zugleich aber auch ein Vertrauen bildendes Verfahren ist. Auf dieser Basis lassen sich auch für Menschen mit Beeinträchtigungen in besonderen Krisensituationen ungewöhnliche Lösungen finden. Die Bereitschaft, sich auf eine Erörterung mit offenem Ausgang einzulassen, ist für ein psychiatrisches Hilfesystem, das keinen Menschen wegen Art oder Schwere der Erkrankung unversorgt lässt, unabdingbar. Wo dies keine Beachtung findet, sind Verdrängungen in die Wohnungslosigkeit, in wohnortferne Angebote oder in freiheitsentziehende Maßnahmen zu beobachten.

Vor diesem Hintergrund empfehlen wir als BAG GPV, die Konferenz als Gremium des GPV zu verstehen und die Mitglieder des GPV aufzufordern oder sogar zu verpflichten, ihre Angebote nur über die Konferenz zu „belegen“. Die Vorbereitung, Koordination und Durchführung der Konferenz gehört dann in die Hände des GPV. Die Konferenz ist für jeden offen, der den Zugang zu einer Leistung sucht. Damit erspart eine solche Konferenz sowohl den Leistungsträgern als auch den Leistungserbringern aufwändige Einzelverfahren von Vorstellungen, Bewerbungen, Aufnahmemanagement oder Akquiseaktionen.

Es sind aber auch abweichende Konferenzmodelle und Durchführungsverantwortungen aus Städten, Gemeinden oder Bundesländern (z.B. Berlin) bekannt und vorstellbar, die dem Gesamtauftrag in vergleichbarer Weise gerecht werden können und müssen.

5. Gesetzliche Grundlagen

Bisher gab es im Leistungsrecht kaum rechtliche Anknüpfungspunkte für die Durchführung von Hilfeplankonferenzen. Mit dem Bundesteilhabegesetz hat der Gesetzgeber im SGB IX nun einige Anknüpfungspunkte geschaffen:

§ 1 SGB IX: Den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker ist Rechnung zu tragen. Diese Bestimmung macht deutlich, dass gerade der Personenkreis der psychisch erkrankten Menschen mit Behinderungen hinsichtlich der Verfahren und Leistungen einer spezifischen Betrachtung bedarf.

§ 19 SGB IX: Dort ist unter anderem auch ein Rechtsanspruch auf einen Teilhabeplan verankert, wenn die leistungsberechtigte Person dies wünscht. Für den Teilhabeplan ist ausdrücklich die Beteiligung von Leistungserbringern (§ 19 Abs. 2 Nr. 5) genannt. Dies gilt im Übrigen auch für den Gesamtplan, den der Träger der Eingliederungshilfe aufzustellen hat, da nach **§ 121, Abs. 4 SGB IX** der Gesamtplan alles enthält, was der Teilhabeplan enthält, sowie weitere zusätzliche Aspekte. Der Teilhabeplan nach § 19 SGB IX dokumentiert auch die Ergebnisse der Teilhabeplankonferenz nach **§ 20 SGB IX**. An dieser nehmen ausdrücklich auch beteiligte Leistungserbringer teil. Nach **§ 119 Abs. 3 SGB IX** ist die Gesamtplankonferenz mit der Teilhabeplankonferenz zu verbinden. **§ 21 SGB IX** gibt vor, dass die Träger der Eingliederungshilfe die Vorschriften des Gesamtplanverfahrens zu beachten haben, wenn sie der im Einzelfall verantwortliche Rehabilitationsträger sind.

§ 94 Abs. 3 SGB IX: Die Länder haben auf eine „flächendeckende, bedarfsdeckende, am Sozialraum orientierte und inklusiv ausgerichtete Angebote von Leistungsanbietern hinzuwirken“ und unterstützen die Träger der Eingliederungshilfe bei der Umsetzung ihres Sicherstellungsauftrags.

§ 95 SGB IX: Die Träger der Eingliederungshilfe haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine personenzentrierte Leistung für Leistungsberechtigte unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag). Sie schließen dazu Vereinbarungen mit Leistungserbringern. Im Rahmen der Strukturplanung sind die Erkenntnisse aus der Gesamtplanung zu berücksichtigen.

§ 96 SGB IX: Die Träger der Eingliederungshilfe arbeiten mit den Leistungsanbietern zusammen. Ist die Beratung und Sicherung der gleichmäßigen, gemeinsamen oder ergänzenden Erbringung von Leistungen geboten, sollen zu diesem Zweck Arbeitsgemeinschaften gebildet werden.

Besonders wesentlich ist der **§ 106 SGB IX:** Die Träger der Eingliederungshilfe sind zur Beratung und Unterstützung verpflichtet. Die Unterstützung bezieht sich auch auf das Finden eines geeigneten Leistungserbringers und das Aushandeln eines Vertrages mit dem Leistungserbringer (**§ 106 Abs. 3 Nr. 7 und Nr. 8**). Konferenzstrukturen im vorgenannten Sinn geben hier eine wesentliche Hilfestellung, insbesondere in Regionen mit einer größeren Zahl von Leistungsanbietern.